

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON  
Année scolaire 1900-1901 — N° 55

---

CONSIDÉRATIONS  
SUR LE  
TRAITEMENT NON SANGlant  
DES  
LUXATIONS ANCIENNES DU COUDE

---

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

*Et soutenue publiquement le 10 Décembre 1900*

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

**Félix PASTEUR**

*Né à Vuillafans (Doubs), le 23 Septembre 1876*

Elève de l'Ecole du Service de Santé Militaire



LYON

IMPRIMERIE ADOUF PERRELLON

Cours Gambetta, 32

1900



CONSIDÉRATIONS  
SUR LE  
TRAITEMENT NON SANGLANT  
DES  
LUXATIONS ANCIENNES DU COUDE



Digitized by the Internet Archive  
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON  
Année scolaire 1900-1901 — N° 55

---

CONSIDÉRATIONS  
SUR LE  
TRAITEMENT NON SANGlant  
DES  
LUXATIONS ANCIENNES DU COUDE

---

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

*Et soutenue publiquement le 10 Décembre 1900*

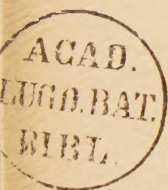
POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

**Félix PASTEUR**

*Né à Vuillafans (Doubs), le 23 Septembre 1876*

Elève de l'Ecole du Service de Santé Militaire



LYON

IMPRIMERIE Albert PERRELLON

Cours Gambetta, 32

1900

# PERSONNEL DE LA FACULTÉ

|                      |           |
|----------------------|-----------|
| MM. LORTET . . . . . | DOYEN.    |
| LACASSAGNE . . . . . | ASSESEUR, |
| CROLAS . . . . .     | QUESTEUR. |

## PROFESSEURS HONORAIRES

MM. PAULET, CHAUVEAU, BERNE.

## PROFESSEURS

|                                                           |   |                 |
|-----------------------------------------------------------|---|-----------------|
| Cliniques médicales. . . . .                              | { | MM. LÉPINE.     |
| Cliniques chirurgicales . . . . .                         |   | BONDET.         |
| Clinique obstétricale et Accouchements. . . . .           |   | BARD.           |
| Clinique ophthalmologique. . . . .                        |   | PONCET.         |
| Clinique des maladies cutanées et syphilitiques . . . . . |   | X.              |
| Clinique des maladies mentales . . . . .                  |   | FOCHIER.        |
| Physique médicale . . . . .                               |   | GAYET.          |
| Chimie médicale et pharmaceutique. . . . .                |   | GAILLETON.      |
| Chimie organique et Toxicologie . . . . .                 |   | PIERRET.        |
| Matière médicale et Botanique. . . . .                    |   | MONOYER.        |
| Parasitologie . . . . .                                   |   | HUGOUNENQ.      |
| Anatomie . . . . .                                        |   | CAZENEUVE.      |
| Anatomie générale et Histologie . . . . .                 |   | FLORENCE.       |
| Physiologie. . . . .                                      |   | LORTET.         |
| Pathologie interne . . . . .                              |   | TESTUT.         |
| Pathologie externe . . . . .                              |   | RENAUT.         |
| Pathologie et Thérapeutique générales. . . . .            |   | MORAT.          |
| Anatomie pathologique . . . . .                           |   | TEISSIER.       |
| Médecine opératoire. . . . .                              |   | AUGAGNEUR.      |
| Médecine expérimentale et comparée. . . . .               |   | MAYET.          |
| Médecine légale . . . . .                                 |   | TRIPPIER.       |
| Hygiène . . . . .                                         |   | POLLOSSON (M.). |
| Thérapeutique . . . . .                                   |   | ARLOING.        |
| Pharmacologie . . . . .                                   |   | LACASSAGNE.     |

## PROFESSEUR ADJOINT

Clinique des Maladies des Femmes. . . . . LAROYENNE.

## CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

|                                                      |                  |
|------------------------------------------------------|------------------|
| Clinique des maladies des Enfants. . . . .           | MM. WEIL, agrégé |
| Maladies des voies urinaires . . . . .               | CHANDELUX, —     |
| Maladies des oreilles, du nez et du larynx . . . . . | LANNOIS. —       |
| Accouchements. . . . .                               | POLLOSSON (A.) — |
| Propédeutique médicale. . . . .                      | ROQUE. —         |
| Propédeutique chirurgicale. . . . .                  | GANGOLPHE. —     |
| Botanique . . . . .                                  | BEAUVISAGE, —    |

## AGRÉGÉS

|                 |           |         |                 |
|-----------------|-----------|---------|-----------------|
| MM.             | MM.       | MM.     | MM.             |
| BEAUVISAGE.     | CONDAMIN. | VALLAS. | PAVIOT.         |
| ROQUE.          | DEVIC.    | SIRAUD. | NOVÉ-JOSSERAND. |
| ROUX.           | COLLET.   | DURAND. | BÉRARD.         |
| POLLOSSON (A.). | BOYER.    | DOYON.  | SAMBUC.         |
| ROCHET.         | BARRAL.   | PIC.    | BORDIER.        |
| ROLLET.         | MOREAU.   |         |                 |

M. BEAUDUN, Secrétaire.

## EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. PONCET, *Président* ; ROCHET, *Assesseur* ;  
MM. DURAND et COLLET, *Agrégés*.

*La Faculté de Médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.*

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

*Je dédie ces quelques pages comme  
témoignage de ma reconnaissance  
et de mon affection.*

MEIS ET AMICIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR PONCET

*Chevalier de la Légion d'honneur*

*Professeur de Clinique chirurgicale*

*Membre correspondant de l'Académie de Médecine*

## INTRODUCTION

---

La réduction des luxations anciennes du coude par la méthode de force n'est pas un traitement nouveau. Il semblerait fastidieux d'en parler si l'on ne savait l'abandon dans lequel les chirurgiens la laissent aujourd'hui.

On fait de faibles tentatives de réduction et presque d'emblée on a recours aux sections sous-cutanées, à l'arthrotomie ou à la résection. C'est vouloir, pour ainsi dire, ignorer tous les services qu'elle a rendus autrefois et les succès qui lui sont encore attribuables entre les mains de quelques chirurgiens moins oublieux du passé. Disons cependant dès maintenant que la méthode de force telle que nous l'entendons et la décrirons plus loin, diffère de la pratique ancienne. Elle devient non seulement plus facile sans dangers et à la portée de tous, mais elle prend un caractère scientifique et étend considérablement son champ d'action. Dans ce travail nous n'aurons en vue que les luxations en arrière avec leurs variétés en dehors et en dedans. Ce sont les plus fréquentes et par conséquent présentent seul un intérêt général. Cette assertion va à l'encontre de l'opinion d'Hamilton dont l'expérience

personnelle serait en contradiction avec les observations de Boyer, Velpeau, Vidal (de Cassis) Chelius, B. Cooper, Guthrie et la plupart des chirurgiens français.

Avant de commencer nous tenons à remercier tout particulièrement M. le Professeur agrégé Bérard de tous les renseignements et conseils qu'il nous a prodigués. M. Delore, chef de Clinique, nous a aussi dirigé dans ce travail et a droit à notre grande reconnaissance. Nous n'oublierons jamais non plus combien nous a été profitable la fréquentation du service de M. le Professeur Poncet, qui veut bien nous faire l'insigne honneur de présider notre thèse.

---

## CHAPITRE PREMIER

---

### ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Le premier chapitre sera réservé tout entier à l'anatomie pathologique des luxations anciennes du coude. Il s'imposait, pour nous faciliter l'exposition et la compréhension du sujet. D'ailleurs une thérapeutique médicale ou chirurgicale a besoin d'une base anatomique sans laquelle elle n'est rien, et reste purement empirique.

L'anatomie pathologique des luxations anciennes du coude est de date relativement récente. Elle commence avec les travaux de Malgaigne, Sédillot et A. Cooper. Depuis de nombreuses recherches ont considérablement augmenté nos connaissances soit par l'examen des pièces anatomiques disséquées sur le cadavre, soit par les constatations faites par le chirurgien au cours d'une arthrotomie.

Aussi allons-nous essayer d'en présenter une étude à peu près complète en prenant un à un tous les éléments constitutifs de l'articulation et tous les tissus et organes environnants.

Os. — Les os sont déplacés, et se touchent par de nouveaux points de contact. Ils subissent la loi de Malgaigne « Atrophie et usure des portions osseuses soumises à une pression réciproque, hypertrophie et épaissement des parties osseuses ambiantes libres de toute pression ». Cette pression est effectuée par tous les tissus de la région et principalement par les muscles fléchisseurs du bras parmi lesquels, le brachial antérieur. Dans quelques cas on voit se former une néarthrose. Il se creuse une véritable cavité de réception dans laquelle peut glisser librement un nouveau condyle grâce à l'apparition d'un fibro-cartilage sur ces surfaces osseuses en contact. (Poirier-Walther). Par contre, le cartilage d'encroûtement disparaît partout où il ne se produit plus de mouvements et laisse ainsi l'extrémité de l'os érodé, et mis à nu. Un tissu dense et compact comble les cavités articulaires (cas de Malgaigne, Nicoladoni, Volker). Plus de cavité olécraniennne, ni coronoïdiennne, et la simple lamelle osseuse, mince et transparente, qui les sépare peut acquérir comme dans un cas de Allen jusqu'à neuf millimètres d'épaisseur. Des apophyses ont pu être arrachées au moment de l'accident qui se soudent ensuite à l'aide d'un cal exubérant. Quelques petites parcelles osseuses entraînées par les ligaments qui se rétractent pourront devenir plus tard des centres d'ossifications. Enfin du côté du radius plusieurs auteurs ont observé un allongement hypertrophique de son col. On l'a attribué à la cessation de pression (cas de Humphrey, Allen et de Smith).

PÉRIOSTE. — Le périoste, lacéré en certains points par les os au moment du traumatisme ou arraché par un

ligament qui s'est rompu à son insertion, continue à proliférer à sa nouvelle place. De là, des productions osseuses qui peuvent se rencontrer en n'importe quel point de l'article. C'est du moins, l'opinion de Delbet, en conformité d'ailleurs avec les magnifiques travaux de M. Ollier, sur les propriétés ostéogéniques du périoste. Ainsi l'hématome ossifiant de Charvot si tant est qu'il existe, n'aurait qu'une faible part à ces néoformations osseuses. L'os et le périoste réagissent également autour de la nouvelle articulation lui donnant des crans d'arrêt et des apophyses.

CAPSULE ARTICULAIRE ET LIGAMENTS. — La capsule articulaire en règle générale se désinsère en avant au niveau de l'apophyse coronoïde qu'elle entraîne en haut en tout ou en partie (4 fois sur 5).

*Le ligament antérieur*, se détache la plupart du temps avec la capsule, s'épaissit et n'est bientôt représenté que par un renflement fibreux adhérent à la capsule et solidement fixé à l'extrémité inférieure de l'humérus. Plus tard apparaît au sein de ce tissu fibreux de nouvelle formation et complètement indépendante des extrémités osseuses de l'article, une véritable plaque ostéo-cartilagineuse, dite plaque antérieure. Cependant Malgaigne, puis Cruveilhier l'auraient l'un et l'autre vu se continuer avec l'apophyse-coronoïde. Ces deux cas expliqueraient bien les énormes allongements de l'apophyse coronoïde rencontrés plusieurs fois sur de vieilles luxations.

*Le ligament postérieur*, est plus ou moins tirailé, sauf dans les fortes luxations en arrière et en haut où il se détache de l'olécrâne et subit le même sort que le li-

gament antérieur. Il présente deux plaques ostéo-cartilagineuses situées de chaque côté de l'olécrâne, allant de cette épiphyse, l'une à la partie postérieure de l'épitrachlée, l'autre à la face postérieure de l'épicondyle. Toutes deux ont la même disposition. Elles forment comme un mur ou un plateau à direction antéro-postérieur sur lequel repose en dehors la face interne de l'olécrâne, c'est le plateau rétro-épitrachléen, sur l'autre en dedans la face postérieure de l'épicondyle, c'est le plateau rétro-épicondylien. L'olécrâne est pour ainsi dire comme encastré dans une véritable gangue osseuse.

*Les ligaments latéraux* se désinsèrent toujours à leur extrémité supérieure. Cependant, le ligament externe, d'après ce qui résulte de la lecture de certaines observations et notamment d'une observation que nous avons prise au moment même de la réduction, résisterait souvent. Peut-être serait-il possible d'en expliquer la présence par sa réfection hâtive ou conserverait-il son intégrité par suite d'un mécanisme spécial dans la production de la luxation. Malgaigne contre Desault, Bichat et P. Delbet, prétend en effet que la luxation se produit par inclinaison en dehors qui rompt le ligament latéral interne, puis mouvement de torsion en dedans pour amener successivement l'apophyse coronoïde au dessous et en arrière de la trochlée humérale. (Malgaigne, Pingaud).

Les ligaments latéraux peuvent aussi renfermer dans leur épaisseur des nodules ostéo-cartilagineux. Au bout d'un temps plus ou moins long, ils se reconstituent sous forme de trousseaux fibreux, épais et solides, tendus

entre l'humérus et les deux os de l'avant-bras qu'ils maintiennent dans leur nouvelle position.

LE TISSU CONJONCTIF PÉRIARTICULAIRE participe à tous ces phénomènes de réaction anatomique et de réparation. Il forme ce que Malgaigne appelle le « tissu de remplissage » des anciennes cavités articulaires. On l'a vu se raréfier, devenir lamellaire au point de reconstituer une nouvelle capsule. D'après certains auteurs cette capsule se tapisserait même d'un endothélium semblable à celui de toute synoviale dont elle posséderait les propriétés. Les autres tissus connectifs ambiants : restes de la capsule, ligaments anciens, expansions tendineuses périphériques contribuent aussi pour une bonne part à la reconstitution de cette nouvelle capsule articulaire. Verneuil aurait vu, dans un cas, cette capsule comme creusée dans l'épaisseur du brachial antérieur auquel elle adhérerait intimement.

MUSCLES. — Les extrémités osseuses du cubitus et du radius étant remontées en arrière, les surfaces d'insertion des muscles sont rapprochées l'une de l'autre. De plus, ces muscles sont inactifs à cause de l'immobilité de l'articulation. La douleur provoque d'abord leur contracture, mais bientôt fatigués ils se relâchent, s'atrophient, se rétractent. Une sclérose assez rapide les envahit et ils s'infiltrant parfois de sels calcaires comme leurs tendons. Cette dégénérescence des muscles ne se limite pas toujours au bras et à l'épaule mais peut atteindre aussi les muscles de l'avant bras. Dans ce dernier cas, il faut faire intervenir des troubles trophiques plutôt que l'inactivité fonctionnelle du membre.

LES NERFS peuvent en effet être atteints de névrite par irritation de voisinage, par compression de la part des os déplacés ou déformés, ou encore par un véritable emprisonnement dans les nouvelles productions osseuses. Le cubital, à cause de sa proximité de l'article, est le plus souvent lésé, comme c'est lui aussi qui risque le plus dans toutes les interventions sur le coude. Parfois il s'est trouvé chassé de sa loge, tirillé, produisant des fourmillements et même des douleurs intolérables dans toute sa zone de distribution, notamment dans le petit doigt et la moitié interne de l'annulaire. Potherat, au Congrès de chirurgie de 1896, cite à ce sujet une observation complète, avec tous les symptômes signalés plus haut. Le nerf cubital se trouvait en avant de l'épitrochlée. Il était fixé par un noyau fibreux cicatriciel qui l'attachait au ligament antérieur de l'articulation. Libéré et remis en place, tout revint à l'état normal.

LES VAISSEAUX, coudés ou rétrécis par les mêmes causes irriguent insuffisamment leur territoire vasculaire et contribuent à ces phénomènes de dénutrition. Malgaigne, sur un vieillard de Bicêtre, vit l'humérale décrire autour de l'articulation luxée de nombreuses flexuosités. En général cependant, leurs lésions sont assez rares.

Il se produit aussi quelquefois, au moment de l'accident, un fait particulier. C'est l'interposition entre les surfaces articulaires de débris de capsule, de ligaments et de muscles. Ce phénomène est déjà décrit dans le dictionnaire de Déchambre, mais d'après Malgaigne, les mouvements ne seraient point

gênés. Picqué, sur ce sujet, fit un rapport à la Société de chirurgie, le 6 mars 1886. Quelquefois le ligament annulaire se placerait entre le condyle de l'humérus et la cupule du radius constituant l'obstacle à la réduction de ce dernier. Dans une observation due au docteur Civel, de Brest, on notait l'interposition du ligament antérieur et de fibres du brachial antérieur entre l'articulation radio-cubito-humérale. Ces enclavements sont favorisés par la pression atmosphérique. Au moment de la disjonction de l'article, il se produit un vide et par conséquent un appel des tissus périarticulaires. Cette théorie fut émise presque simultanément par Michel de Nancy puis Moraès Barros qui, dans sa thèse de Genève (1886), la confirma expérimentalement. Là ne se bornent pas ces différents processus anatomiques. On a pu voir de vieilles luxations du coude dont les trois os étaient complètement fusionnés et reliés à la périphérie par des stalactites osseuses.

Cette étude vient de nous faire connaître les causes d'irréductibilité des luxations du coude. Les muscles font obstacle non par leur contraction, comme le pensait Larrey, mais par leur rétraction. Des adhérences fibreuses sont la vraie cause de l'immobilisation, et les moyens mécaniques, suivant Malgaigne, peuvent seuls arriver à les briser. Ajoutons encore les interpositions des parties ligamenteuses et charnues principalement pour le radius, les jetées osseuses périphériques, les incrustations des muscles et de leurs tendons, la présence de véritables os sésamoïdes, la disparition des cavités articulaires par le tissu de remplissage, les fractures avec leur cal exubérant et nous aurons un tableau à peu près complet des difficultés de la réduction.

Maintenant une question se pose naturellement à nous. Quel sera le temps nécessaire à la production de ces néoformations, ce sera aussi le temps de réductibilité. Chaque chirurgien donne une réponse différente suivant que ses tentatives furent heureuses dans des luxations plus ou moins anciennes. Pour Boyer, Cooper et Velpeau la limite extrême ne dépasserait pas un mois à six semaines. Dénucé, Hamilton et Malgaigne étendent cette période à deux, quatre ou cinq mois ; Gerdy donne six mois. En réalité on ne peut absolument pas fixer de date précise. La doctrine ligamenteuse que Malgaigne avait déjà reconnue fut confirmée par les faits anatomiques précis de Bigelow, Farabeuf et Ch. Nélaton. Désormais elle est entrée dans le domaine classique et s'est complètement substituée à l'antique théorie osseuse. Il est établi en conséquence que l'irréductibilité n'est plus un facteur du temps dont la notion devient secondaire dans cette nouvelle conception. Voilà ce qu'élucida bien Picqué dans une discussion à la Société de chirurgie du 13 mars 1895.

Nous nous souvenons également de la lecture d'une observation publiée par Félix Lejars, dans ses leçons de chirurgie de 1895. Il s'agit d'une luxation de six mois dont la réduction s'effectua après section des ligaments. Les surfaces articulaires avaient conservé leur coloration et leur poli. M. Sée de même, en 1872, dans le Bulletin de la Société de chirurgie de Paris, parle d'une luxation très ancienne du coude recueillie à l'Ecole pratique sur un sujet de cinquante-quatre ans. Il y constata l'intégrité parfaite de toutes les parties molles sans aucune trace

de lésions et à part le déplacement des surfaces articulaires, la pièce eut été considérée comme normale.

Au milieu de cette incertitude le chirurgien aura recours à certaines notions et à quelques signes qui lui permettront déjà d'avoir une présomption.

LE TEMPS sera un indice, car il est évident qu'une luxation aura d'autant plus de chance d'être irréductible qu'elle sera plus ancienne. Il importe seulement de n'y pas attacher une importance absolue.

L'ÂGE DU SUJET. — D'après M. Poncet (\*), jusqu'à 15 et 16 ans la luxation devient irréductible de bonne heure. La cause en est attribuable aux fractures et arrachements ligamenteux très fréquents d'où des ossifications anormales, des déformations rapides par suite des transformations cellulaires actives à cet âge. Mais, pour la même raison, les tissus ont une grande plasticité et subissent un modelage facile. Chez l'adulte et à mesure qu'on avance en âge, les chances de réductibilité augmentent.

LE SEXE. — Chez la femme, le temps de réductibilité semblerait normalement prolongé, mais il l'est surtout pendant l'état gravidique. L'observation de M. Poncet, publiée plus loin, fut discutée à la séance de chirurgie de Lyon, le 5 août 1894, et fut l'occasion de certaines remarques. M. Aubert attribua à la grossesse, dans ce cas, une influence manifeste sur la laxité ligamenteuse, et M. Colrat ajoutait : On sait que pendant la première partie de la grossesse il se fait dans les os des dépôts de

(\*) *Lyon Médical*, 29 novembre 1893, p. 83.

phosphate de chaux qui se résolvent ensuite; peut-être est-ce là un facteur de cette laxité.

LA CONSTITUTION semble aussi jouer un certain rôle. Les individus bien portants, courageux qui continuent à se servir de leur bras, semblent prédestinés à une ankylose précoce. De même si la luxation a déjà été soumise plusieurs fois à des manœuvres de réduction. Le lymphatique ferait plus tardivement de l'ankylose. Enfin, les maladies infectieuses actuelles ou antérieures, les maladies constitutionnelles (arthritisme) pourraient aider cette ankylose *soit* par la présence de leur microbe, *soit* des toxines de ce microbe. Il se fera une réaction vive produisant la suppuration ou bien il y aura seulement une irritation lente et chronique des éléments articulaires. Cette localisation est surtout confirmée pour la goutte, le rhumatisme, la tuberculose.

L'EXAMEN ANATOMIQUE donnera de préférence les indications. « (\*) La notion anatomique sera fournie par une exploration attentive de l'articulation disjointe, éclairée par l'anatomie normale et pathologique, ainsi que par le fonctionnement actif et passif du membre. » Cette détermination elle-même ne sera pas toujours possible, même avec l'emploi du chloroforme et l'action des mains recherchant les résistances. Si le coude luxé possède encore une laxité relative, l'on aura d'autant plus de chance de réussir que cette laxité elle-même sera plus grande. Pour M. Poncet, c'est l'absence d'ankylose. La mobilité plus ou moins grande, plus ou moins facile des extrémités luxées fait le pronostic le plus certain

(\*) Farabeuf. (Bulletin de la Soc. de chir. de Paris, p. 637).

des tentatives de réduction, quelle que soit l'ancienneté de la luxation. Il reste encore un moyen de diagnostic par la radiographie. (Thèse de Mouchet, 1899).

LA RADIOGRAPHIE montre la position des os luxés et les fractures des extrémités épiphysaires quand elles existent. Ces radiographies doivent être prises dans plusieurs plans pour se contrôler réciproquement. D'autre part il faut savoir que les tissus osseux de nouvelle formation (cas d'ossifications périostiques) sont relativement très perméables aux rayons X et peuvent, par conséquent, passer facilement inaperçus sur l'épreuve.

---

## CHAPITRE II

---

### PROCÉDÉS DE RÉDUCTION

Nous voilà en présence d'une ancienne luxation du coude, quels sont les moyens dont dispose le chirurgien pour sa réduction, ou plutôt quels sont les procédés qui jusqu'à ce jour ont été préconisés et employés comme traitement ? Nous passerons momentanément sous silence la méthode de force à laquelle nous consacrons le prochain chapitre. La fracture de l'olécrâne pratiquée systématiquement dans quelques cas sera regardée seulement comme un accident heureux de la méthode de force.

SECTIONS SOUS CUTANÉES. — C'est le premier pas qu'osa faire la thérapeutique chirurgicale. Desault et Dupuytren essayèrent d'abord la section des ligaments et des tendons. Ses dangers la firent abandonner bien vite. Plus tard la ténotomie est remise en honneur par Bell et Difffenbach. Cette fois elle obtint plus de crédit. En 1839, Marchal de Calvi y eut recours (*Ann. de chir. franc. et étrang.* t. II p. 151) et réussit ; Gerdy fut moins heureux pour une luxation de six mois ; il sectionna en vain le tendon du triceps et un faisceau tendineux qui s'insérait à l'épitrôchlée. La même année Sédillot vante ses bons

effets. Cette section ligamenteuse donne à Maisonneuse (décembre 1847) un bon résultat pour une luxation de trois mois que d'autres n'avaient pu réduire. Lewis A. Sayre (\*) de Philadelphie par la section du triceps arrive à réintégrer à leur place les trois surfaces articulaires dans deux luxations. L'une de quatorze semaines, l'autre de plus de trois mois. Wilmart (\*\*) remet en place un radius luxé en avant, après ténotomie du triceps.

Pour suivre une marche ascendante dans l'intervention chirurgicale, nous signalerons la section et résection temporaire de l'olécrâne à l'aide du ciseau et du maillet.

Pingaud la propose en 1847. Deux ans plus tard, Trendelenburg (\*\*\*) de Rostock la pratique pour une luxation de huit semaines qu'il guérit. Volker en 1883 résèque la tête olécrânienne pour une luxation de neuf semaines et en 1886 pour une autre de cinq semaines. Tels sont les cas les plus heureux qu'on ait eu à enregistrer. Néanmoins la section des brides, des tendons ou de l'olécrâne est à peu près abandonnée aujourd'hui. La critique en a déjà été faite par Malgaigne et Mollière plus tard condamna cette méthode de la même façon. « Quand une luxation, dit Malgaigne, résiste aux procédés ordinaires on peut presque à coup sûr affirmer que l'obstacle ne vient pas des muscles; quant aux ligaments, le rôle qu'ils jouent et la position qu'ils affectent sont trop difficiles à déterminer sur le vivant pour avoir chance de les attaquer utilement par les sections sous-cutanées. Cette méthode est donc incertaine et hasardeuse, elle va la plupart du temps à la

(\*) Lewis A. Sayre. Phil. méd. and. surg. report 1871.

(\*\*) Wilmart, Presse méd. belge 1881 N° 43.

(\*\*\*) Trendelenburg. Centr. f. chir. 1880 p. 833.

recherche d'un obstacle inconnu. Pour qu'elle fut applicable il faudrait que le chirurgien connût au préalable exactement la position de la résistance et encore ce point fût-il acquis il risquerait d'aller à l'aveugle sectionner des organes importants artère et nerfs qui passent au niveau du coude. » Mollière à son tour est très explicite. « Si dans certains cas, j'ai obtenu un peu d'amélioration j'en en considère pas moins ce mode d'intervention comme aléatoire; à bien considérer, en l'absence de toute déformation articulaire, j'aimerais mieux en pareil cas ouvrir largement pour réduire. »

ARTHROTOMIE — L'arthrotomie est donc la première intervention sanglante que devra tenter le chirurgien, quand la méthode de force n'aura donné aucun résultat. L'articulation largement ouverte on la sculpte pour ainsi dire : section des brides fibreuses, évidemment des cavités remplies de tissus néoformés, ablation des parties osseuses exubérantes, destruction des stalactites osseuses et des ligaments interposés, c'est une véritable dissection. Ceci fait, on peut remettre en contact les surfaces articulaires, puis fixer le bras à angle droit jusqu'à cicatrisation de la peau. Alors commenceront les manœuvres destinées à rendre à l'article son ancienne mobilité et son ancienne souplesse. Cette opération date de 1847 avec Blumhardt (\*), puis Von Lesser (\*\*) (1881), E. Von Wahl de Dorpat la pratiquent. En 1886 la question est livrée au congrès français de chirurgie où Décès et Doyen de Reims présentent trois observations d'arthrotomie avec succès complet.

(\*) Blumhardt. Gazette méd. de Paris p. 238. 1847.

(\*\*) Von Lesser. Centrblatt für chir. 1881. N° 16.

Avec l'arthrotomie, on court moins de risques de blesser les organes importants, seuls les dangers d'infection subsistent si l'asepsie n'a pas été rigoureuse. Mais que les altérations de l'articulation soient trop importantes ou les déformations trop grandes par suite de fractures, elle devient impraticable. De plus, si la cicatrisation est retardée, le massage, les manœuvres d'assouplissement auxquels on doit soumettre l'articulation ne pourront s'exécuter immédiatement et l'ankylose en bonne position devient le résultat le moins défavorable. D'ailleurs, la plupart des cas où a réussi l'arthrotomie paraissent avoir été aussi bien justiciables de la méthode de force, mais nous y reviendrons. Il ne reste donc plus qu'une ressource, la résection.

RÉSECTION. — C'est l'opération généralement complémentaire de l'arthrotomie. Nous en trouvons la première ébauche en 1823 : Textor réséqua la tête radiale luxée, mais l'ankylose s'ensuivit. Summert, en 1847, fit de plus l'ablation de l'olécrâne, les suites de l'opération furent meilleures. D'autres chirurgiens la tentent et échouent, d'où l'opinion absolue de Malgaigne qui la réprouve complètement. Ne nous en étonnons pas, c'était bien avant l'ère de l'antisepsie. Si M. Ollier n'est pas le promoteur de cette méthode, à vrai dire, il l'a rendue sienne en lui donnant une perfection telle, que son manuel opératoire est définitivement fixé et ses résultats excellents. Sa première publication de 1882 portait sur quarante-huit résections exécutées dans les six années antérieures. Depuis, le nombre s'en est considérablement accru. Les malades possèdent ainsi une pseudo-articulation d'une

grande mobilité. Flexion et extension sont faciles et la force recouvrée, après un temps assez long il est vrai, leur permet de porter trois à quatre kilogs à bras tendu. Maintenant, quelle sorte de résection emploierons-nous ? Une résection humérale, c'est-à-dire incomplète, semi articulaire comme on l'appelle encore, ou bien totale intéressant les trois extrémités osseuses ?

Si nous en croyons Marangos Apostolos dans sa thèse de 1883, la première est peu grave, donne le moins de suppuration possible et peu de chance d'ankylose. On aurait ainsi une articulation très solide, le tissu osseux de nouvelle formation se moulant exactement sur les os de l'avant-bras dont il prend l'empreinte. Enfin, le raccourcissement est insignifiant et la guérison rapide. Ce sont aussi les conclusions de l'intéressante thèse de mon camarade, le Dr Demanville, soutenue à Lyon cette année. Cuzin, au contraire, tout à l'idée d'ankylose consécutive possible, ne veut pas plus de la résection partielle que de la réduction forcée. Il va plus loin et pour lui plus besoin n'est de s'occuper du sujet, peu importe l'âge, la profession et toutes les conditions que nous envisageons plus loin, on doit rendre l'usage du membre et on ne le peut que par la méthode de résection totale de M. Ollier. C'est trop peu de circonspection et de prudence, c'est oublier qu'un membre ballant est toujours plus à craindre qu'un membre raide. Le premier sera inutile et gênant, le second placé en bonne position pourra toujours rendre des services. Il faut ni trop, ni trop peu, affaire de tact et de mesure, dit M. Ollier, mais aussi rien de plus difficile. « Quelque confiance que nous ayons dans la méthode sous-périostée,

écrit-il, dans son *Traité des résections*, nous ne voudrions pas trop engager dans cette voie les chirurgiens qui n'ont pas déjà une grande expérience des résections. Ils ne devront pas oublier que leur responsabilité deviendra d'autant plus grave que la résection sera moins impérieusement réclamée par l'intérêt réel du sujet. Il faut toujours, dans les questions de ce genre, considérer non pas le résultat immédiat, mais les suites éloignées et le résultat définitif. Malgré la certitude d'un succès opératoire par la résection humérale, l'adoption systématique de ce mode d'intervention exposerait à pratiquer des opérations dont on pourrait se repentir plus tard quand, au bout de quelques années, on comparera les sujets qui les auront subies à ceux auxquels on n'aura pas fait d'opération sanglante. C'est surtout pour les très jeunes enfants que nous faisons cette réflexion ». On ne saurait faire une critique plus juste et plus impartiale.

On a encore reproché à la résection de raccourcir le membre et, chez les sujets jeunes, d'arrêter sa croissance. Nous répondrons facilement à cette objection. Dans le cas où nous nous plaçons, d'ankylose à la suite de luxation, sans réaction inflammatoire ultérieure, la résection est toujours minime, peut et ne doit pas atteindre le cartilage de conjugaison. Enfin, M. Ollier a démontré expérimentalement que l'humérus croît surtout par sa partie supérieure; le cubitus et le radius par l'extrémité inférieure. Les épiphyses du coude ne contribuent que pour un dixième à l'accroissement du membre.

Quant aux complications infectieuses articulaires, c'est affaire d'antisepsie.

## CHAPITRE III

---

### PROCÉDÉ SPÉCIAL

Bonnet estimait que « la médecine opératoire n'a rien à voir dans le traitement des ankyloses ». C'est dire qu'à cette époque le chirurgien disposait d'un seul traitement, la méthode de force. Encore les anciens n'y avaient-ils pas bien confiance quand la luxation dépassait une quinzaine de jours.

Samuel Gross confesse de bonne foi s'être toujours chargé à regret de réduire une luxation ancienne, tant il éprouvait d'anxiété dans l'attente du résultat. Il savait tous les désappointements réservés au médecin qui se livrait souvent à d'inutiles efforts. Cependant des exemples bien frappants de réduction après un temps très long auraient dû, semble-t-il, les encourager.

Il n'en est rien. Sans méthode directrice, sans données précises, ils jouaient à l'imprévu courant des risques pour un résultat plus ou moins problématique. « L'anatomie pathologique, dit Nodot, ignorée des anciens, ne leur permettait pas de se rendre un compte exact des résistances qu'ils rencontraient, aussi poussaient-ils très loin leurs tentatives, s'appliquant surtout à la construction de machines puissantes. »

Le premier manuel opératoire consistait dans l'extension du membre et la flexion forcée de l'avant bras sur le bras. Devant l'inutilité de ses efforts A. Paré eut recours à un artifice : l'humérus étant appliqué contre une colonne, il embrassait l'olécrâne avec un lac qui dans son anse comprenait la colonne et dont les deux chefs répondaient à un levier ou à un garrot, ou encore il pressait du genou sur l'olécrâne et tirait sur l'humérus à l'aide du bâton de Verduc. Les fac-similés de cette façon de procéder se trouvent dans la pathologie chirurgicale de A. Nélaton de 1874, et donnent une idée plus exacte de ce système de réduction. Avant lui, déjà on avait utilisé des machines à peu près toutes construites sur le modèle des crics. Dès la fin du xvii<sup>e</sup> siècle, Purmann les avait employées. Elles subissent bien plus tard un degré de perfectionnement avec Jarvis de Connecticut et Volker. Sédillot les rend beaucoup plus scientifiques et chirurgicales en y adjoignant le dynamomètre.

Ainsi, on peut se rendre un compte exact de la force déployée et on s'applique à rechercher le degré de tension limite en deçà duquel il n'y a à craindre aucun danger. Vers 1840, des chirurgiens tels que Sédillot, Nichet et Gerdy, grâce à l'emploi de ces appareils enrégistrent des succès. Sanson réduit chez un enfant de dix ans une luxation de 11 $\frac{1}{4}$  jours; Lisfranc cité par Malgaigne, une de 3 mois chez un enfant de 11 ans, avec une force de 300 livres; Bouilly une de 4 mois et demi et une autre de 8 mois. Ces appareils sont encore

améliorés par Collin et Mathieu et permettent d'obtenir encore de bons résultats. Péan en 1873, chez une enfant de 15 ans, réduit une luxation de trois mois, et chez une femme de 25 ans, une luxation de 120 jours. Enfin on a utilisé l'ostéoclaste de Robin. Mollière s'en servit et compta sept réductions de luxations après plusieurs mois bien que « l'irréductibilité, dit-il, était telle que nous avions fait préparer toute l'instrumentation nécessaire pour la résection. Nous avons ainsi opéré sur des sujets d'âge très varié, jeunes et vieux pour des luxations allant de trois semaines à un an ».

Malgré l'emploi plus judicieux de ces machines dans ces dernières années, grâce à la présence du dynamomètre qui en mesure la force, et bien que le chirurgien dirige la réduction avec plus de tactique, il faut absolument les abandonner. Nous leur devons la plupart des accidents arrivés à la suite des manœuvres de force. On comprend aisément tous les dangers possibles résultant de l'usage immodéré de ces moyens violents et imparfaits. Cependant les anciens traités de chirurgie n'en font pas mention et les auteurs du moyen-âge ne semblent pas les soupçonner, même A. Paré. Il faut arriver jusqu'à Lamotte, Verduc et Platner pour trouver signalés quelques faits malheureux à la suite de la cure des dislocations. J.-L. Petit insiste un des premiers sur les lésions très graves que peuvent entraîner certaines méthodes brutales ou mal réglées employées à cette époque. La thèse d'agrégation de Marchand de 1875, mentionne ces divers accidents. Ce sont d'abord les fractures, les plus fréquemment observées mais on peut aussi ajouter les moins redoutables.

Ensuite vient la mortification du membre et la gangrène dont deux cas sont rapportés par Delamotte et Lader. Dans le fait de Debruyne, le pouls disparut immédiatement après les tentatives prolongées de réduction ; il y avait une déchirure de l'artère. L'érysipèle et le phlegmon diffus ont été observés par Velpeau. On a aussi produit des déchirures musculaires (cas de Flaubert) qui furent suivies d'un épanchement sanguin énorme. Michaux, de Louvain, en 1841, provoqua une rupture de l'humérale et un arrachement du nerf médian ; il se vit contraint de faire l'amputation. Des troubles nerveux en furent aussi la conséquence et Lisfranc rapporte un fait dans lequel les manœuvres de réduction produisirent des douleurs si intenses que le malade succomba. A cette époque, beaucoup d'autres accidents n'ont certainement pas été publiés.

Mais il ne serait pas logique de juger la méthode de force d'après cet exposé. Toutes ces complications peuvent être attribuées sans aucun doute à l'imprudence et à la témérité de l'opérateur. Maintenant le chirurgien ne doit plus provoquer de tels accidents, il peut les éviter aisément, s'il a dans l'esprit les notions d'anatomie pathologique et emploie la méthode que nous allons indiquer. « En chirurgie, tous les moyens, dit Gerdy, même les plus dangereux peuvent être innocents, comme les plus innocents peuvent devenir dangereux. Le tout est de savoir les employer. » D'ailleurs parmi toutes les nombreuses observations que nous avons parcourues nous n'avons eu à noter aucune complication regrettable. Est-ce à cause de la crainte de certains chirurgiens redoutant de publier sous leur nom un insuccès

opératoire, ou bien la résection étant devenue d'une pratique chirurgicale courante ne permettrait-elle plus des malheurs de cette nature? Nous ne le croyons pas.

Les manœuvres de réduction par force ont été exécutées en grand nombre et souvent d'une manière fort heureuse.

D'autre part tous les nombreux partisans de la résection n'eussent pas manqué et ne manqueraient pas l'occasion de noter ces succès. leur fussent-ils même imputables afin de faire prévaloir leur méthode.

Comment doit-on pratiquer la réduction forcée?

Quels sont les différents temps de cette opération?

Farabeuf conseille d'abord de faire une exploration attentive de l'articulation, afin de déterminer le siège des adhérences et de leur force. « Par l'action des mains on confirme le diagnostic, violente les obstacles à mesure qu'ils se révèlent par leur résistance à tel mouvement jugé indispensable à obtenir avant de tenter le remboîtement des surfaces articulaires. »

Cet examen préliminaire permet souvent déjà de donner à l'articulation une certaine laxité. Hippocrate recommandait lui aussi d'exécuter cette sorte de malaxation de l'article : « Il faut toujours avant de réduire, ramollir les articulations et les remuer en tous sens, la réduction en sera plus facile. » C'est le même conseil que donnait A. Paré quand il disait « d'agiter la jointure deçà, de là, non par violence et seulement afin de résoudre l'humeur épanchée et de mieux étendre les fibres des muscles et des ligaments. » Pas de tractions énergiques trop souvent sans effet malgré ces forces énormes allant jusqu'à deux cents kilogs. car alors on peut réellement craindre

les accidents mentionnés plus haut ; mais, qu'on procède par à coups, par petites secousses et on sera parfois étonné de voir les ligaments s'arracher, céder comme par enchantement. Pourquoi construire des appareils dont nous reconnaissons toute l'ingéniosité mais, ajoutons aussi, la parfaite inutilité. Avec les mains un chirurgien de force moyenne peut se permettre de rompre toutes les adhérences fibreuses mieux que la machine la plus puissante et la plus perfectionnée. Pour cela il dispose de l'avant-bras comme d'un levier, auquel il imprime des mouvements de bascule, de torsion et de latéralité. Il ne faudrait pas cependant conclure à une exécution facile et rapide de ce procédé, on tomberait dans une grave erreur. Les efforts que l'on fait doivent être limités, c'est-à-dire ne pas tendre à une réduction d'emblée, mais ils doivent être suffisamment énergiques pour permettre de gagner peu à peu du terrain.

C'est en quelque sorte la division de l'effort, moins pénible mais plus long, on perd en temps ce que l'on gagnerait en vitesse avec tous les dangers. Si généralement une seule séance suffit à rompre les adhérences, ne nous décourageons pas après une première tentative, car il sera parfois indispensable de recommencer deux et trois fois le mêmes manœuvres séance tenante, ou à un et deux jours d'intervalle. Une luxation qui paraîtra rebelle, fixée irrémédiablement dans sa position, cèdera tout à coup à un simple petit mouvement non tenté jusqu'alors. Donc, action énergique, limitée mais tenace sera la formule de ces premiers essais.

Les ligaments sont rompus, les surfaces articulaires

peuvent être remises en place. Si la mobilité est suffisante, la simple flexion de l'avant bras opérera la réduction immédiate. Mais employons plutôt le procédé indiqué par M. Jaboulay (\*). Il consiste en un mouvement de fléau que l'on imprime à l'avant-bras ; les deux mains ayant saisi l'humérus à sa partie inférieure, les deux pouces appliqués sur l'olécrâne propulsent cette apophyse en avant.

La luxation réduite, on essaye les mouvements de flexion et d'extension jusqu'à ce qu'ils paraissent assez libres et étendus. On immobilise alors l'articulation à angle aigu à l'aide d'un bandage en huit de chiffre comprenant dans ses deux boucles d'une part le bras, d'autre part l'avant-bras.

Le coude est ainsi laissé à nu et peut être librement surveillé. Se produit-il de l'œdème, rien ne sera plus facile, sans déranger le bandage, que d'appliquer des topiques résolutifs ou de voir à tous les instants si la luxation ne s'est pas reproduite. M. Poncet conseille, comme dans les autres affections articulaires, de laisser cet appareil en place pendant dix à quinze jours. Ce serait le meilleur moyen d'éviter l'arthrite qui se développe à la suite des manœuvres de flexion trop précoces.

Les deux premières parties du traitement sont achevées. Leur utilité, à n'en pas discuter, est évidente, mais ne sont presque rien par elles-mêmes. C'est pour avoir oublié toute l'importance du troisième temps opératoire que certains auteurs ont accusé la méthode de donner même dans les cas heureux un membre raide presque ankylosé. Ainsi je relève dans la thèse de Cuzin, cette

(\*) Jaboulay, *Province médicale* 1895.

phrase de Nélaton citée par lui comme critique définitive de la méthode de force qu'il proscriit, au bénéfice des résections. « D'une part, les accidents fréquents et très graves dont il est impossible de calculer à l'avance les conséquences; d'autre part aucun résultat satisfaisant même dans les cas les plus heureux puisque aucun malade n'a jamais repris la liberté de ses mouvements; c'est donc une méthode à rejeter de la façon la plus absolue » (1869). Nous avons déjà fait justice de la première accusation. Quant à la seconde elle a été parfois vérifiée. Pourquoi? En voici les raisons. Trop contents de voir leur coude assez mobile, pour leur permettre de se servir de leur main dans les principaux usages de la vie, les malades fuient bien vite l'hôpital vers le huitième ou dixième jour attendant de faire le nécessaire. Rentrés à la maison, soit crainte de ressentir quelques légères douleurs ou plutôt par négligence, ils laissent leur articulation se raidir. La faute peut-elle en être attribuée à la méthode? Est-il possible de guérir un malade malgré lui? Tout praticien sait combien de difficultés lui créent journellement les plus simples détails. Il engage une lutte véritable non seulement contre la maladie mais aussi contre l'inertie du malade. Que de peines il éprouvera à faire accepter et exécuter son traitement. En quoi consistera cette troisième partie du traitement? Elle comprendra tous les moyens dont dispose la thérapeutique pour donner à l'articulation son ancienne souplesse et aux muscles atrophiés leur ancienne force. Massage simple ou sous douche sulfureuse, bain, électricité, mouvements actifs et passifs seront indiqués. Suivant le malade, le chirurgien fixera le nombre et la durée de ces séances.

## CHAPITRE IV

---

### INDICATION DES PROCÉDÉS

Après l'exposé et la critique de ces divers traitements, le moment est venu d'en poser les indications avec le plus de précision possible. Sera-t-il nécessaire d'abord d'intervenir dans toutes les luxations anciennes du coude? Lafaurie ne le croit pas. Pour lui, les mouvements de pronation et de supination persistent presque toujours et le simple exercice pourra donner au malade des mouvements assez étendus. Des exemples curieux viennent à l'appui de cette opinion. On trouve relaté par Little dans le *New-York medical journal* de 1887, le cas d'une jeune femme qui avait depuis vingt ans une luxation non réduite et pourtant conservait une mobilité assez grande du coude pour suffire aux usages pratiques de la vie. Plus intéressante encore l'observation de M. Fournier, concernant un jeune homme de 23 ans, qui fut présenté, en 1889, à la Société des sciences médicales de Lyon. Il était porteur d'une luxation des deux coudes, droit et gauche. L'une remontait à l'âge de cinq ans, l'autre à 7 ans. A gauche, le cubitus était reporté en arrière et en dedans, à droite, les deux os de l'avant-bras étaient déplacés derrière l'épiphyse humérale. Les

fonctions étaient conservées sauf pour le membre droit où la flexion se trouvait limitée à angle droit. Cet homme exerçait et exerce peut-être encore la profession pénible de mineur. La force musculaire au dynamomètre était de 50 à droite et de 40 à gauche.

Hamilton eut l'occasion d'examiner une femme ayant une luxation datant de 30 à 40 ans et chez laquelle il y avait liberté absolue de tous les mouvements du membre. Capelletti a cité un cas analogue. Ces curiosités se rencontrent surtout chez les personnes qui ont eu leur luxation dans l'enfance. Au premier âge, où tout l'organisme jouit d'une plasticité remarquable, une mobilisation méthodique persévérante et plus simplement l'usage comme à l'ordinaire du membre luxé fera recouvrer tous les mouvements d'un coude normal.

La concomittance de fractures n'empêchera pas toujours la reconstitution de la nouvelle articulation, que la luxation d'ailleurs soit complète ou incomplète. M. Ollier et M. Poncet sont du même avis sur ce point : « Il ne faut pas se presser d'intervenir chez les jeunes enfants ». Chez l'adulte on a aussi remarqué une telle guérison ou plutôt amélioration sans aucune espèce d'intervention. Exceptionnellement, en effet, le membre luxé est parvenu à jouir de toute l'amplitude des mouvements, mais il a toujours présenté le notable avantage de conserver sa force. Or, que demande au chirurgien l'ouvrier de peine, pouvoir continuer son travail et pour cela, il ne réclamera souvent qu'un léger degré de flexion. L'homme craintif, qui redoute une opération, l'individu assez riche ou dont les occupations ne nécessitent pas une grande mobilité du coude seront satisfaits

si leur bras est fléchi à angle droit. Pour tous ces sujets seulement, la phrase de Velpeau reste vraie en partie : « Un membre à angle droit est presque aussi utile luxé que réduit. » Mais, ne nous le cachons pas, cette assertion a une portée assez restreinte et, comme le dit Malgaigne, quand la flexion approche à peine de l'angle droit « les blessés ne peuvent ni se raser ni se peigner, ni même se servir commodément de la main pour manger, ils restent essentiellement estropiés. » On doit donc généralement intervenir.

Il est bien évident que nous considérons seulement ici les coudes qui n'ont présenté avant ou après l'accident aucune trace d'inflammation. L'articulation est saine et immobile maintenant l'avant-bras en extension, que faire ?

La résection d'emblée proposée par Cuzin ne sera admissible que dans les cas où les déformations articulaires seront trop considérables et quand on constatera la présence de fractures. D'ailleurs, déformations et fractures coexistent le plus souvent ensemble en relation de cause à effet.

Nous allons intercaler ici le résumé d'une discussion qui eut lieu sur ce sujet à la séance du 29 décembre 1893 de la Société médicale de Lyon. En rapportant les paroles autorisées de MM. Delore, Polosson, Ollier et Poncet, nous donnerons à l'opinion que nous allons soutenir, plus de valeur et de crédit.

Tous, d'un commun accord, rejettent l'emploi des moufles et autres appareils de force, comme trop dangereux, pour n'avoir recours qu'aux efforts manuels, car avec eux seuls on sait ce qu'on fait. M. Delore se montre

le plus zélé partisan de la méthode de force ainsi que nous l'avons comprise et exposée. Une seule séance même prolongée quand elle n'a pas abouti, ne suffit pas à le décourager. Qu'on place un silicate, dit-il, pour maintenir la flexion obtenue seulement à angle obtus, quitte à recommencer deux ou trois fois jusqu'à ce qu'on ait obtenu une flexion à angle aigu. Peu importe l'ancienneté de la luxation, les tentatives de réduction doivent toujours être faites, il faut essayer. Chez l'adulte, M. Poncet croit aussi qu'il faut d'abord avoir recours à la réduction forcée et se résoudre à la résection comme à une opération de nécessité. Pendant quinze ans M. Ollier a suivi cette règle de conduite et a eu de bons résultats principalement chez les enfants et les vieillards. Il est d'avis d'être aussi conservateur que possible.

Nous résumerons en une phrase les conclusions qui semblent se dégager de tout ceci : la luxation du coude doit toujours être traitée, en premier lieu, par la méthode de force appliquée avec persévérance. Si l'on réussit, et ce sera fréquent, on aura la satisfaction de n'avoir fait courir au malade aucun danger avec l'espoir de lui voir recouvrer l'usage de son coude par un moyen aussi simple qu'efficace. Enfin, une suprême ressource restera toujours à la disposition du chirurgien qui pourra pratiquer la résection.

En passant ainsi sans transition de la méthode de force à la résection, nous éliminons de la thérapeutique chirurgicale des luxations du coude, les résections sous cutanées et l'arthrotomie. Nous avons déjà dit de l'une et de l'autre ce que nous en pensions. Les sections sous cutanées ne présentent aucun avantage réel et tout ce

qu'elles sont capables de donner peut être obtenu par la réduction forcée, même la séparation de l'olécrâne du cubitus, ou l'allongement du triceps par déchirure de quelques unes de ses fibres. L'arthrotomie semble plus justifiée de prime abord et on croirait aisément à la supériorité de la réintégration sanglante des surfaces articulaires sur la résection. Théoriquement on rétablit l'état normal du coude et rien ne paraît plus logique et facile à la lecture des succès de Décès et Doyen. Le résultat orthopédique peut être excellent, le résultat fonctionnel ne l'est presque jamais. Parmi les auteurs qui repoussent la méthode de force un grand nombre prétend que celle-ci doit être complétée la plupart du temps par la résection. Trois fois M. Pollosson a essayé ces restitutions sanglantes et n'a pas réussi, de même M. Poncet. Ce dernier décrit toutes les mutilations que l'on fait subir à l'articulation. Il faut souvent, dit-il, tout couper et ensuite écarteler et luxer les extrémités articulaires et encore dans un cas sur trois la réduction n'a pas été possible, la résection de l'extrémité humérale en a été le terme obligatoire.

Les résultats immédiats peuvent être simples, les résultats éloignés sont médiocres. Même conclusions de Duplay et Reclus. Cependant une opinion absolument opposée est soutenue par Albert Roy dans sa thèse de Lyon 1899. L'arthrotomie serait d'après lui la seule opération justifiée et il résume sa pensée en cette formule : Dans toute luxation du coude, la réduction est le but, l'arthrotomie le moyen, la résection l'expédient. Or lisons les observations de M. Chandelux que A. Roy donne à l'appui. Chacune d'elles tombe sous le coup de la critique. Ce sont des luxations de 67 jours, cinq semaines, 45 jours, 12 jours,

3 jours ne présentant à la section que des adhérences fibreuses. La première observation concerne une femme de cinquante huit ans, âge auquel M. Ollier lui-même préfère la réduction. Un an après il note un bras un peu faible, flexion dépassant l'angle droit, extension à 140°, pronation incomplète, pas de supination, craquements articulaires. Dans d'autres il s'agit d'enfants de 8 et 9 ans chez qui l'on connaît les excellents résultats des simples manœuvres d'assouplissement ou même de réduction. Les autres observations ont déjà été mentionnées antérieurement. Décès au congrès de Paris prononçait d'une façon moins catégorique : « Quant aux indications de l'arthrotomie dans les luxations irréductibles du coude, il me semble que toutes les fois que la luxation aura résisté à deux ou trois tentatives méthodiques de réduction sous chloroforme, il y a lieu de détruire les adhérences et d'obtenir ainsi un rétablissement complét de l'état normal. » C'est restreindre beaucoup les indications de l'arthrotomie, car les cas qui auront résisté aux efforts de réduction ne seront plus justiciables de l'arthrotomie. A. Roy en recourant presque d'emblée à la restitution sanglante pourra enregistrer encore de bons résultats qui sans elle eussent été mis sur le compte de la réduction forcée. Cependant l'arthrotomie seule resterait indiquée quand après avoir ouvert l'articulation elle serait de toute évidence suffisante ou quand il faudrait libérer un nerf enclavé dans de nouvelles formations, supprimer une cause de compression nerveuse ou vasculaire.

En ce qui concerne la résection, opération sérieuse, difficile non à la portée de tout le monde elle constituera une intervention de nécessité. Résection partielle ou

totale suivant les dégâts articulaires ou la mobilité qu'on voudra obtenir.

Le chirurgien aura aussi en considération l'âge, l'état physiologique, la profession exercée par le sujet.

---

## CHAPITRE V

---

### RÉSULTATS ET OBSERVATIONS

Cette thèse toute entière ne suffirait pas à la publication des luxations anciennes réduites par la méthode de force. Nous serons obligé d'en donner parfois un résumé succinct ou de nous contenter d'une simple indication bibliographique. Les cas de fracture de l'olécrâne et de réduction par tractions fortes rentrent aussi dans le cadre de notre sujet, on en comprend la raison d'après ce qui a été dit antérieurement. Quand l'occasion se présentera nous ferons suivre chaque observation, s'il y a lieu, des réflexions que nous croirons utiles.

Nous nous occuperons d'abord des observation prises dans le service de M. Poncet.

#### OBSERVATION I

Blein Marie, 43 ans, femme de ménage, demeurant à Tarare (Rhône), entrée à l'Hôtel-Dieu de Lyon, le 2 juillet 1900.

Il y a six semaines, tombe de voiture sur le coude, voit le rebouteur qui est incapable de lui rendre les mouvements de son bras resté en extension. A son entrée à l'hôpital on constate en effet l'immobilité complète de l'articulation; olécrâne remonté de 2 centimètres au-dessus de la ligne épitrochléo-olécrânienne, pas de mobilité anormale.

Avant bras en pronation habituelle. Pronation et supination impossibles. Saillie olécrânienne et tension du triceps ; saillie en avant de la tête humérale. Muscles flasques et atrophiés.

1900 5 juillet, Sous anesthésie, réduction par M. Delore, chef de clinique. Il exécute des mouvements de flexion, d'extension et de latéralité qui détruisent les adhérences fibreuses. Le ligament. latéral externe paraît résister, on le déchire par adduction forcée. Mouvements de fléau puis tractions sur l'avant bras combinés avec projection directe au moyen du pouce appliqué sur l'olécrâne, en bas et en avant. Enfin, flexion et réduction sont effectuées. Pendant la réduction, déchirure de quelques fibres du triceps qui était un peu rétracté. La pronation et la supination sont peu gênés. Le bras est immobilisé à angle aigu, environ 45°. Douze jours après, on commence les manœuvres d'assouplissement qui sont faciles; massage. La malade sort le 20 juillet ayant recouvré les mouvements et commençant à les augmenter par une mobilisation progressive qu'elle continuera chez elle. Plus de douleurs ni de gonflement du coude, la main peut déjà être portée aisément derrière la tête, et en fléchissant la main fortement, toucher presque l'épaule.

## OBSERVATION II

### *Luxation de 4 mois*

Marie Lacroix. 43 ans, cultivatrice à Rochetoirin (Isère), entrée le 27 février 1900, à St-Anne, service de M. Poncet.

Il y a 4 mois, chute violente, cheval renversé sur son bras qui est fortement comprimé contre le sol. Le bras est dans l'extension complète. Inutiles efforts d'une rebouteuse. A l'entrée, on constate une forte saillie en arrière de l'olécrâne qui s'est élevé; avant-bras déjeté en dehors. Pronation et supination possibles, la cupule radiale est sentie en arrière tournant sous le doigt. Un peu de mobilité latérale. 3 mars 1900, Anesthésie. Essais de réduction par M. le professeur agrégé Bérard. Une alèze étant passée sous l'aisselle, un aide tire sur l'avant-bras tandis que M. Bérard appuie fortement sur l'olécrâne de manière à l'abaisser. Cette manœuvre donne peu de résultats. Rupture des ligaments par des mouvements appropriés impris-

més à l'avant-bras. Il est alors possible de fléchir l'avant-bras sur le bras à angle droit et l'olécrâne fait alors une forte saillie en arrière. Le mouvement de fléau de M. Jaboulay permet d'abaisser de un centimètre environ l'olécrâne et la flexion à angle aigu est possible. Immobilisation pendant huit jours. Massage, mobilisation. Sort le 13 mars complètement guérie.

### OBSERVATION III

*Luxation du coude en arrière avec décollement épiphysaire de l'extrémité inférieure de l'humérus. Pseudo-réduction et mobilisation*

Il y a deux mois, chute sur le coude. Depuis cette époque cette jeune fille de 15 ans 1/2 (Alexandrine G. de Grandjouve Hte-Loire) a gardé le coude dans l'extension complète.

Actuellement, il est impossible d'imprimer au coude des mouvements de flexion ou d'extension. On peut facilement provoquer des mouvements de latéralité, en dehors comme s'il y avait seulement déchirure du ligament latéral interne. Les moindres tentatives de mobilisation sont, du reste, très douloureuses, dès qu'on veut modifier la position du coude en extension. L'olécrâne remonte en arrière de l'humérus de 2 centimètres environ. Le radius est également porté en arrière de l'épicondyle. Néanmoins, on peut, sans douleur intolérable, produire des mouvements de pronation et de supination.

La radiographie démontre qu'il y a un enroulement de l'extrémité inférieure de l'humérus, qui tend à devenir antérieure et horizontale. L'apophyse coronoïde est détachée de sa base. On voit également des travées périostiques irrégulières, en avant, en arrière, entre les surfaces articulaires.

En résumé, ancien décollement épiphysaire de l'humérus avec fracture de l'apophyse coronoïde; luxation secondaire des os de l'avant-bras en arrière. Extension complète du membre. Mouvements impossibles.

Le 8 décembre 1899. Anesthésie. M. Delore mobilise le coude qu'il place en flexion forcée. La réduction ne peut être obtenue complètement à cause des déformations osseuses. L'avant-bras présente un angle externe avec le bras après les tentatives de réduction. Immo-

bilisation pendant quinze jours. Au bout de ce laps de temps, mobilisation progressive et lente. La malade quitte l'Hôtel-Dieu 20 jours après. Les mouvements restent encore limités, mais il ne sont plus douloureux. La malade a des mouvements actifs de flexion et d'extension ; l'amélioration fonctionnelle s'accroît de jour en jour.

Le 14 mai 1900. Nous recevons des nouvelles de la malade. L'extension n'est pas complète, la flexion non plus, mais les mouvements sont cependant suffisamment étendus pour permettre à la malade de travailler dans une fabrique au dévidage de la soie.

Il est utile de signaler en ce moment une observation d'un chirurgien Mac Graw, parue en 1880 et qui se rapproche de celle que nous venons de publier.

#### OBSERVATION IV

##### *Réduction par fracture de l'épiphyse humérale d'une luxation de 4 mois.*

Une petite fille de 9 ans fit une chute dans laquelle elle se luxa le coude droit. Des rebouteurs la traitèrent pour une fracture et mirent le bras en extension. Quinze semaines après, le 2 octobre 1877, date de l'accident, l'enfant qui avait été traitée inutilement encore par des médecins est amenée à Mac Graw.

A l'examen, bras presque étendu, mouvements limités de l'articulation, flexion douloureuse ne dépassant pas un angle de 120 degrés.

Le 26 janvier essais de réduction sous-anesthésie. Les adhérences sont rompues par les moyens ordinaires de réduction manuelle, extension au moyen d'un appareil dans chaque position du bras autant qu'il est possible de le faire, la section du triceps a été vaine. Pendant les efforts quelque chose cède soudain et la difformité disparaît. L'examen de l'article montre une fracture de l'épiphyse humérale de telle façon qu'on pouvait fléchir aisément l'avant-bras et que la difformité disparaissait momentanément dans cette position.

Mac Graw assure une meilleure position de la jointure en appliquant des attelles latérales de manière à permettre à l'épiphyse de rester dans sa nouvelle position, le membre étant fléchi à l'angle droit.

Aucune complication inflammatoire. Au commencement de la seconde semaine de février 1878, la malade quitte l'hôpital, convalescente. Deux ans après l'opération, on trouve l'humérus un peu plus court que celui du côté opposé, la flexion était à peu près parfaite, mais l'extension ne dépassait pas un angle de 145 degrés environ. Comme la flexion spontanée permettait cependant presque tous les usages de la main et comme la limite de l'extension n'empêchait absolument que les occupations qui veulent le bras étendu, nous pouvons en conclure que la malade avait parfaitement bénéficié de l'opération, dans la mesure du possible.

Comme on le voit, ce délabrement articulaire occasionné dans ces deux cas par décollement de l'épiphyse humérale, dans l'un au moment de l'accident, dans l'autre au moment de la réduction, n'a pas compromis l'usage du membre. Dans le second cas il l'a même favorisé au même titre qu'une fracture de l'olécrâne.

#### OBSERVATION V

##### *Luxation du coude de 2 mois. Réduction*

Catherine Crouzet, 38 ans, de St-Romain (Hte-Loire).

Luxation du coude droit datant de deux mois. Vu plusieurs rhabilleurs, pas de médecin.

On constate un coude en bayonnette, presque fixé en extension sans mouvements possibles; avant-bras déjeté un peu en dehors (en même temps a eu fracture de l'épitrôchlée). Atrophie notable de tous les muscles du bras et du deltoïde. Gêne des mouvements des doigts, sans œdème, ni fourmillements, ni autres signes de compression nerveuse ou vasculaire.

Anesthésie le 18 avril 1899. Tentatives de réduction par mobilisation en tous sens, d'abord pénibles puis assez faciles et grand déplacement obtenu après nombreux craquements ligamentaires et non osseux car il n'y a pas eu de fractures. On arrive enfin à l'aide du mouvement de fléau et de la pression des pouces, à mettre l'avant-bras en flexion complète et il semble y avoir une réduction approximative. Immobi-

lisation. Avant-bras fixé à angle aigu. Douleurs assez fortes le premier jour ; le lendemain œdème notable. Le dixième jour, on enlève le bandage. Pas de désordres nerveux consécutifs aux manœuvres de réduction, seulement un peu d'anesthésie et de fourmillements pendant 3 ou 4 jours dans la zone du cubital. Bons résultats fonctionnels grâce au massage prolongé, l'avant-bras a recouvré presque tous les mouvements utiles. La radiographie montre une réduction complète. Ça et là sur l'épreuve, apparaissent des sortes de copeaux osseux effilochés.

Le 8 novembre 1900, une lettre de la malade nous apprend qu'elle se sert bien de son bras, se sert aisément de la main pour manger, peut presque se coiffer et peut porter de ce côté une cruche d'eau.

#### OBSERVATION VI

##### *Luxation de 7 mois et demi*

La malade a été présentée à la Société médicale de Lyon, le 5 août 1894.

Le 18 décembre 1893, se présente à M. Poncet une jeune malade ayant à la suite d'un accident survenu le 11 octobre, une luxation en arrière des deux os de l'avant-bras. Un rebouteur avait fait quelques manœuvres mais inutiles. M. Poncet ne tenta pas de réduire à ce moment-là, car la malade était enceinte de six à sept mois et l'on ne sait jamais à quelle longueur d'anesthésie, à quelles manœuvres brutales et sanglantes, à quels dangers deschock expose au bout de plusieurs mois la réduction d'une luxation. M. Poncet lui conseilla de revenir après son accouchement ce que la patiente fit le 29 mai 1894. La réduction se fit sans bruit, après quelques mouvements très doux de mobilisation, de flexion et d'extension. Chez cette malade il y avait une mobilité latérale de l'articulation anormale, par conséquent pas d'anciennes adhérences à rompre. Les processus réparateurs ont été retardés et n'ont pas donné d'adhérences cicatricielles. Le résultat fonctionnel fut excellent.

#### OBSERVATION VII

##### *Luxation de 70 jours.*

Bourrelier, 34 ans. Chûte sur la main droite, luxation. Un rhabilleur fait d'inutiles tentatives. 70 jours après l'accident, Nichet opère

la réduction après 30 minutes d'extension et de mobilisation. Le gonflement disparaît par repos et applications résolutes. Une légère raideur est combattue à l'aide de douches d'eau minérale et lorsque le malade quitte l'hôpital deux mois après, il n'y a plus de traces de l'accident. La forme, les mouvements et la force du coude sont complètement rétablis.

#### OBSERVATION VIII

##### *Luxation de 4 mois.*

Antoine Roux, 17 ans. Chûte sur le côté interne du coude. Le rhabilleur consulté traite en vain. Le malade entre à l'Hôtel-Dieu 4 mois après l'accident.

Luxation incomplète du cubitus en arrière et en dehors, le radius est seulement déplacé en dehors. Tentative de réduction ayant duré une heure est infructueuse. La tuméfaction du coude disparaît au bout de trois jours. Quinze jours après seconde tentative, flexion à angle droit, pronation et supination possibles. Flexion et extension limitées.

Les deux observations précédentes sont dues à Nichet, chirurgien en chef de la Charité, dont la leçon clinique de l'Hôtel-Dieu sur cette question, parut en 1836 dans la *Gazette Médicale* de Paris, p. 454. Pour nous, le second cas était susceptible d'une amélioration plus marquée.

#### OBSERVATION IX

##### *Luxation de 5 mois*

Catherine Freney, 44 ans, bonne constitution. Le 26 mars 1884, chute de trois mètres du haut d'une échelle, luxation du coude. Un rebouteur du village de Vieille-Cour essaye en vain de la réduire. A Autun, trois semaines après, on fait des essais infructueux sous chloroforme et en deux fois. Quinze jours après, à Beaune, sa luxation est déclarée irréductible. Un autre médecin de passage à Vieille-Cour, met le bras à angle droit, mais, trois semaines après, il retombe dans l'extension incomplète.

Le 16 août, elle entre à Cochin. Réduction sous anesthésie le 1<sup>er</sup> septembre avec réussite parfaite. Immobilisation du coude par un appareil plâtré qui est enlevé seulement le 23 septembre. On fait du massage et des mouvements passifs et actifs, électricité. A la sortie de l'hôpital, les mouvements de rotation de l'avant-bras, pronation et supination sont récupérés ainsi que des mouvements étendus de flexion et d'extension.

#### OBSERVATION X

##### *Luxation de 5 mois.*

M<sup>me</sup> X..., de Nogent-sur-Marne, 37 ans. Luxation, le 15 septembre 1885. Le 6 février 1886, 143 jours après, mobilisation, flexion puis extension et traction. Après deux tentatives on obtient la réduction. On immobilise, pendant un mois et demi, dans un appareil plâtré. Après deux mois on obtient des résultats non absolument satisfaisants. Pronation et supination aux deux tiers de l'amplitude normale. Le gonflement a disparu. Les muscles du bras et de l'avant-bras, très atrophiés d'abord, sont bien dégénérés.

Il semble que l'immobilisation ait été trop prolongée et que le résultat fut meilleur si on eut commencé plus tôt le massage et les mouvements de flexion et d'extension. Ceci confirme, une fois de plus, l'opinion de M. Poncet qui ne veut l'immobilisation que pendant une quinzaine de jours, et le coude à découvert, afin de traiter en même temps le gonflement presque inévitable après les manœuvres de réduction forcée.

#### OBSERVATION XI

##### *Luxation de 5 mois*

Jeune homme de 14 ans, tombé d'un mât sur le plancher du bâtiment la paume de la main droite en avant. Le 6 mars 1888 il a le bras en extension mais la luxation est néanmoins méconnue. Cinq mois après (156 jours) Gorré reconnaît une luxation en haut et en arrière. Il fait pratiquer l'extension par des aides. Au bout d'une demi-

heure avec intermittences, la réduction se produit sous sa direction. Deux ans après il revoit le malade qui jouit du libre exercice de son membre. La mobilité et la force de l'articulation étaient entières.

*Gazette médicale de Paris 1846, p. 758.*

#### OBSERVATION XII

*Luxation de 8 mois*

Dame S. de 50 ans, constitution lymphatique.

Luxation complète en arrière, incomplète en dedans datant de 8 mois; réduction graduelle par un moyen permanent. Mobilisation à plusieurs reprises de l'article qui se luxait de suite. Application d'un appareil Charrière qu'elle garde 11 mois tout en pouvant se servir de son bras. Depuis elle fléchit et étend le bras avec facilité. Thierry. *Gazette des Hôpitaux, 1840, p. 371.*

#### OBSERVATION XIII

*Luxation de 458 jours*

Due à Ch. Nélaton. Cette luxation en arrière de 158 jours est réduite avec succès complet.

*Bulletin de la société de chirurgie de 1885.*

#### OBSERVATION XIV

*Luxations de 4 mois et 5 mois*

Mentionnées dans le traité d'Hamilton. Femme de 37 ans, luxation de 7 mois, réduction mais mouvements un peu limités.

Luxation en arrière du cubitus gauche datant de 5 mois chez une femme de 35 ans. Réduction faite par W. F. Westmoreland d'Atlanta. Les accidents commencent à disparaître vers le 14<sup>e</sup> jour et les mouvements du coude sont faciles.

Nodot dans sa thèse Paris, cite un grand nombre de luxations anciennes réduites dont deux valent la peine d'être reproduites pour leur ancienneté.

## OBSERVATION XV

### *Luxation de 7 mois*

Luxation en dehors et en arrière du coude gauche de 7 mois chez un homme de 55 ans. Ankylose presque complète. Réduction après le troisième déclanchement et avec une traction de 120 kilog. L'avant-bras est fléchi sur le bras à angle de 45° environ et maintenu dans cette position par un appareil plâtré.

Résultat ultérieur excellent, usage de l'avant-bras recouvert à peu près complètement.

## OBSERVATION XVI

### *Luxation de 8 mois et demi*

Luxation du coude droit en arrière et en dehors datant de 8 mois et demi, réduction par Hennequin.

Femme de la campagne, âgée de 47 ans, s'est luxée le coude droit le 6 décembre 1885 en tombant de sa hauteur. Elle entre à l'hôpital de la Charité dans le service du Dr Bouilly. Le 20 août 1886, tentatives de réduction par des mouffles. La réduction obtenue après le 3<sup>e</sup> déclanchement et avec une force de traction de 125 kilog. L'avant-bras est fixé à angle aigu sur le bras à l'aide d'une attelle plâtrée postérieure. Après un séjour d'un mois à l'hôpital, la malade retourne dans son pays. Les mouvements du coude ne sont pas très étendus, mais l'avant-bras est fléchi à angle droit. La main peut être portée à la bouche et à la tête. M. le Dr Coudray qui avait fait venir la malade à Paris donne de ses nouvelles cinq mois après la réduction. La malade peut coudre et se livrer aux travaux des champs sans difficultés.

Dans toutes les observations que nous venons de parcourir on ne voit pas de fracture de l'olécrâne. En voici où cette fracture permit la réduction.

La première en date est due à Capelleti de Trieste (1835) qui fit paraître cette observation dans les *Ann. univ. de Méd., Milano* (t. XXVI, p. 42-69).

## OBSERVATION XVII

### *Luxation de 70 jours*

Une paysanne de 56 ans, dans une chute violente sur la main, se luxa l'avant-bras en arrière. Un rebouteur exerça de grandes tractions inutiles. Le 68<sup>e</sup> jour elle consulte M. Capelleti.

L'avant-bras était étendu, incapable d'aucun mouvement de flexion, de pronation et de supination et de trois travers de doigt plus court que l'autre; le cubitus et le radius étaient portés en arrière et en haut et l'apophyse coronoïde logée dans la fosse sigmoïde. Le condyle huméral faisait saillie en avant et vers le côté interne, en sorte que la luxation était à la fois postérieure et latérale.

Le chirurgien d'abord indécis, se rappela cependant que Desault avait réduit une semblable luxation, après deux mois; et M. Roux au bout de 5 mois, et tenta la réduction. Il prescrit des topiques résolutifs et recommande de mouvoir les os luxés, autant que possible, pour détruire, au moins en partie, les adhérences contractées, et enfin, on procède à la réduction au 70<sup>me</sup> jour.

On emploie le procédé de Boyer. L'extension à l'aide de mouffles pendant une demi heure permet la flexion, on ne peut réduire la luxation latérale malgré tous les efforts qui plus énergiques eussent provoqué quelques accidents.

Pendant la flexion, l'olécrâne se fractura.

Le bras fut remis dans une position moyenne et un bandage appliqué pour tenir en contact les fragments de la fracture. L'irritation dura peu. Au bout de trente-six jours, on leva l'appareil. La fracture de l'olécrâne fut trouvée parfaitement consolidée. Alors on prescrivit de fréquents mouvements de l'avant-bras pour vaincre la rigidité que ce long repos avait nécessairement amenée. Cinq mois après, tous les mouvements s'exécutaient librement, sans douleur, et la malade pouvait se livrer sans crainte à ses occupations domestiques.

Voici deux observations relevées dans la thèse de Barbier (Lyon, 1897).

## OBSERVATION XVIII

### *Luxation de cinq mois.*

X..., âgé de 12 ans, entre dans le service de M. le Dr Rochet, à l'Antiquaille, pour une luxation non réduite du coude datant de cinq mois.

L'avant-bras forme un angle obtus très ouvert en avant avec le bras ; on sent en arrière l'extrémité supérieure des os de l'avant-bras sur un plan très postérieur à l'extrémité inférieure de l'humérus et avec une saillie marquée de l'olécrâne en arrière. Le bras et l'avant-bras sont très atrophiés, il y a une ankylose fibreuse assez serrée ; cependant, quelques légers mouvements de flexion sont possibles.

*Anesthésie.* — On cherche à réduire la luxation en tirant sur l'avant-bras pendant qu'un aide maintient le bras fixé, en cherchant en même temps avec les pouces à appuyer sur l'olécrâne en arrière à repousser en avant l'extrémité supérieure des os de l'avant-bras déplacés.

Après plusieurs tentatives infructueuses, à un moment donné, flexion complète avec fracture de l'olécrâne, mais réduction impossible.

On fixe l'avant-bras à angle aigu sur le bras. Le jour suivant il y a un peu de gonflement qui disparaît par l'application de quelques compresses résolutives. Au bout de trois semaines, on mobilise la jointure tous les jours progressivement avec séances d'électrisation pour l'atrophie des muscles du bras. Trois mois après, le malade se servait déjà bien de son avant-bras et avait des mouvements de flexion et d'extension actifs, ces derniers plus limités. Le malade a été revu deux ans et demi environ après sa sortie de l'hôpital, il avait continué à se servir de mieux en mieux de son avant-bras, quoique la déformation du coude fut toujours accentuée comme par le passé.

## OBSERVATION XIX

### *Luxation de quatre mois.*

X..., âgée de 14 ans, luxation du coude datant de quatre mois, envoyée à l'Antiquaille, au service de chirurgie infantile de M. le Dr Rochet.

L'avant-bras est en extension presque complète sur le bras, les extrémités du radius et du cubitus ne paraissent pas très remontées derrière l'humérus, cependant l'extrémité inférieure de l'humérus fait une saillie très nette dans le pli du coude.

*Anesthésie.*— Des aides exercent des tractions. A certains moments on essaie, par une flexion brusque de l'avant-bras sur le bras, de remettre les surfaces articulaires à leur place. Efforts d'abord inutiles puis, pendant une tentative de flexion plus énergique, on sent un craquement en arrière et on s'aperçoit que l'olécrâne vient d'être arraché. La flexion devient alors facile, et à un certain moment, pendant qu'un aide tire sur le bras et que le chirurgien tire d'autre part sur l'avant-bras fléchi pour lâcher de faire passer les surfaces radio-cubitales sous l'extrémité inférieure de l'humérus, on sent que les adhérences cèdent et la luxation se réduit.

Immobilisation dans un plâtre pendant une huitaine de jours. Puis mobilisation.

La malade sort du service un mois après avec un très bon résultat fonctionnel.

Un an après tous les mouvements sont récupérés. L'extension est active ; on sent au niveau de la région olécrânienne qu'il y a, entre ce triceps et l'olécrâne, une dépression de un centimètre de large environ et qui paraît être un cal fibreux formé entre le triceps et l'olécrâne.

M. Ollier, dans son *Traité des résections*, publie deux de ces observations par fracture de l'olécrâne.

## OBSERVATION XX

### *Luxation de vingt-cinq jours*

Il y a deux ans, nous avons essayé de réduire une luxation du coude en arrière et en dehors chez un sujet de 12 ans, sans pouvoir obtenir d'autre résultat que la flexion de l'avant-bras à angle aigu en arrachant le cartilage olécrânien. La luxation datait de vingt-cinq jours ; elle avait été méconnue et on avait abandonné le membre à lui-même.

On sentait après la capsule radiale en dehors du condyle, il ne nous fut pas possible de ramener les os de l'avant-bras en dedans. Il fut parfaitement soigné et soumis à des exercices réguliers et méthodiques aidés des douches de vapeur et de l'action des eaux d'Aix.

Deux ans après, la flexion est absolument complète et l'extension volontaire arrive jusqu'à 130 degrés. La pronation et la supination sont à peu près normales. La main a toute sa force. En arrière, on sent le crochet olécrânien déterminé par la soudure angulaire de l'apophyse olécrânienne au corps de l'os. Il y a tout lieu de compter encore sur une amélioration progressive de l'extension.

## OBSERVATION XXI

### *Luxation de deux mois.*

Il y a six ans, nous avons réduit par flexion forcée et arrachement du cartilage olécrânien une luxation complète du coude en arrière datant de deux mois chez un enfant de 6 ans. L'enfant a été soigné pendant près d'un an après cette pseudo-réduction, et soumis à des exercices réguliers et à l'action des eaux d'Aix, mais, depuis cinq ans, on a complètement abandonné le membre à lui-même. Malgré cela, le résultat orthopédique et fonctionnel est tel qu'on n'en aurait peut-être pas eu un plus beau par la résection. L'enfant a 12 ans aujourd'hui. La flexion est complète, l'extension ne va pas

au-delà de 115 degrés ; elle est limitée par le crochet olécrânien fortement recourbé dû à l'ossification inter-épiphyso-diaphysaire de l'olécrâne. Pronation presque complète, supination un peu plus limitée que celle du côté sain. Force de pression côté sain : 30 kilogs ; côté de la luxation : 25 kilogrammes. Le sujet porte facilement 3 kilogs à bras tendu des deux côtés.

Le membre luxé est un peu plus court que l'autre. Circonférence du membre luxé = 1 centimètre de moins que du côté sain.

Comme on le voit, ces fractures de l'olécrâne se rencontrent surtout chez les enfants, c'est plutôt une disjonction du cartilage de conjugaison non encore soudé jusqu'à 15 ou 16 ans.

Nous faisons remarquer que dans deux observations, où la luxation était latérale, il fut impossible de ramener le cubitus dans la trochlée humérale sans que d'ailleurs il y eut un inconvénient fonctionnel du membre.

---



## CONCLUSIONS

---

1° La réductibilité d'une luxation du coude est moins fonction du temps que de l'état anatomique des parties.

Les luxations irréductibles d'emblée sont très rares. On les observerait surtout dans les traumatismes graves avec fracture des extrémités osseuses en particulier chez les enfants.

Plus tard, l'irréductibilité reconnaît des facteurs divers : fracture et arrachement des épiphyses, ossifications du périoste décollé (enfants et adolescents), rétraction ligamentaire et musculaire (adolescents et adultes) avec déformations des extrémités articulaires dans leurs nouveaux contacts.

2° On doit tenter la réduction de la luxation du coude comme première manœuvre du traitement, même après sept ou huit mois et demi (cas de MM. Poncet, Thierry, Hennequin, Bouilly). L'on aura d'autant plus de chance de réussir que la laxité relative du coude luxé sera plus

grande. Pour M. Poncet, c'est un signe d'absence d'ankylose, établissant le pronostic des tentatives de réduction quelle que soit l'ancienneté de la luxation.

Les manœuvres doivent être exclusivement manuelles, nullement instrumentales.

Il sera permis d'y renoncer quand les tentatives, méthodiquement répétées jusqu'à deux ou trois fois en une ou plusieurs séances n'ont abouti à aucun résultat, ou encore quand la déformation du coude observé directement ou sur radiographie fera reconnaître l'impossibilité absolue de la réduction par suite de fracture et d'ossifications complexes.

3° Si les tentatives de réduction sous anesthésie, par manœuvres prudentes mais énergiques, n'ont donné aucun résultat ou un résultat fonctionnel insuffisant pour le malade on aura recours à la méthode sanglante. Nous considérons la réduction complète ou incomplète avec fracture de l'olécrâne comme un corollaire des tentatives de réduction tardive.

4° La section sous-cutanée des obstacles fibreux ou tendineux ne peut-être admise. Il faut y renoncer au profit d'une arthrotomie assez large pour inspecter complètement les surfaces articulaires. Si l'arthrotomie ne permet pas un examen et par suite une destruction complète des obstacles fibreux périostiques et osseux, on terminera l'opération par la résection qui en sera très souvent le temps terminal.

5° La résection est possible même dans la première enfance à condition d'être économique.

Cette résection complète ou semi-articulaire supérieure donnera généralement d'excellents résultats chez les jeunes sujets. Mais chez les adultes et à plus forte raison chez les vieillards, il faudra y recourir seulement en dernier ressort, car on courrait trop de risques d'avoir un coude ballant.

*Le Président de la Thèse,*

PONCET.

Vu :

*Le Doyen,*

LORTET.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Lyon, le 3 Décembre 1900.

*Le Recteur, Président du Conseil de l'Université,*

COMPAYRÉ.

---



## BIBLIOGRAPHIE

- HAMILTON ET POINSOT. — *Traité des fractures et luxations*. 1884.  
 CH. NÉLATON. — *Bulletin de la Société de Chirurgie*. 1885.  
 MARC SÉE — *id.* 1872.  
 FARABEUF. — *id.* 1886, p. 637.  
 NÉLATON ET PEYROT. — *id.* 1886.  
 DELBET. — *Société anatomique*. 1890, p. 83.  
 DESPRÈS. — *Société de chirurgie*. 1888.  
 VON LESSER. — *Centralbl. für chir.* 1884, p. 241.  
 NICOLADONI. — *Wien. méd. Wochenschr.* 1885.  
 CONGRÈS FRANÇAIS DE CHIRURGIE, 1886. (*Mollière, Doyen, Décès, Maydl, Boeckel* : p. 319, 323, 341, 284.)  
 OLLIER. — *Traité des résections*. t. II.  
 LAFAURIE. — *Thèse de Paris*. 1869.  
 NODOT. — *id.* 1888.  
 GOGUEL. — *id.* 1896.  
 MARANGOS. — *Thèse de Lyon*. 1891-92.  
 CUZIN. — *id.* 1890.  
 BARBIER. — *id.* 1890.  
 OZANAM. — *Thèse de Bordeaux*. 1892.  
 BARROS. — *Thèse de Genève*. 1886.  
 WAHL. *J. hebdom. de méd. de Saint-Petersbourg*. 1872.



## TABLE DES MATIÈRES

---

|                                                      |    |
|------------------------------------------------------|----|
| Introduction.....                                    | 7  |
| CHAPITRE PREMIER. — Anatomie pathologique.....       | 9  |
| CHAPITRE DEUXIÈME. — Procédés de réduction.....      | 20 |
| CHAPITRE TROISIÈME. — Procédé spécial.....           | 26 |
| CHAPITRE QUATRIÈME. — Indication des procédés.....   | 26 |
| CHAPITRE CINQUIÈME. — Résultats et Observations..... | 41 |
| Conclusions.....                                     | 57 |
| Bibliographie.....                                   | 61 |

---

---

LYON. — IMPRIMERIE PERRELLON

---



